Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 18 — 29 Février 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE ET PROSTATIQUE DANS L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE, par M. le Dr Bazy 105

LA THÉORIE PARASITAIRE DU CANCER ET AUTRES TUMEURS, d'après le Professeur V.-V. Podwyssotzky 106

ANALYSES

Bactériologie : La toxicité du bacille de Koch, par M. Sergio Pansini. 107

Médecine expérimentale : De l'action de la strychnine sur le collapsus chloroformique, par M. Evenchoff 107

Médecine : Pathogénie des pleurésies traumatiques, par M. A. Chauffard 108

Neurologie et Psychiatrie : Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal, par M. H. Dufour. — Sur l'état des centres nerveux chez les chiens immunisés contre la rage, par M. Nagy 108

Pharmacodynamie : De l'action du taurocolate de soude, par M. Aniello Sorrentino 108

Thérapeutique et Matière médicale : Du bleu de méthylène dans le mal de Bright, par M. Doumer . . . 108

Traitement de la syphilis par les injections d'huile au bi-iodure de mercure, par le Dr É. de Lavarenne. LXXXV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Traitement opératoire de l'hallux valgus, M. Kirmisson. MM. Poirier, Routier, Reynier, Marchand, Félizet, Schwartz, Monod. — Sérothérapie préventive du tétanos, M. Bazy. MM. Lucas-Championnière, Berger, Marchand, Quénu, Michaux. — Présentation de pièce, M. Segond. — Présentations d'appareils, M. Segond. M. Routier. LXXXVII

Société médicale des hôpitaux : De la desquamation dans la fièvre typhoïde, M. Marfan. — Déformation congénitale des quatre membres, M. Marfan. — Appendicite familiale, M. Faisans. MM. Rendu, Hayem. — Appendicite familiale et malformations congénitales, M. Talamon. MM. Le Gendre, Mathieu. — Topographie du zona, M. Achard. LXXXVII

Société anatomique : Invagination intestinale. M. Legueu. — Sarcome médullaire du col du fémur. Fracture spontanée, M. Coyon. — Muscle manieux, MM. Souligoux et Mayor. — Sarcome névroglique du lobe frontal, MM. Vermorel et René Marie. M. Auvray. — Hipoplasie cardio-vasculaire, M. F. Ramond. — Ascite congénitale, MM. Vanverts et F. Ramond. — Limite plastique, M. Chaput. — Gastro-entéro-anastomose, M. Chaput LXXXVIII

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel, M. P. Portalier. MM. Morel-Lavallée, Fournier, Abadie, Scarenzio, Rey, Barthélemy, Verchère. — Traitement de la syphilis au dispensaire municipal de la ville d'Alger, MM. A. Rey et L. Julien. — Discussion, MM. Hallopeau, M. Galezowski, Abadie, Gastou, Balzer, Besnier, Du Castel, Abadie, Besnier, Balzer, Besnier, Fournier, Brocq, Besnier, De la Varenne, Barthélemy, Portalier, Fournier, Brocq, Besnier LXXXIX

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle : Sur un cas d'ivresse pétrolique, M. Mabille. — Les couverts d'alliage, d'étain et d'antimoine au point de vue de l'hygiène alimentaire, M. Dubrisay. — Pavillons de diphthéritiques à l'hôpital des Enfants. M. Ballouet. — La protection légale des femmes dans l'industrie, d'après la législation actuelle des différents pays, M. Napias XC

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie XC

UN VIEUX DICTON

Le Dr Auguste Reverdin devait faire, à la Réunion d'automne de la Société médicale de la Suisse romande, une communication sur un fait d'observation aussi original qu'intéressant. Empêché de mettre son projet à exécution, il vient de traiter le sujet de sa conférence dans la *Revue médicale de la Suisse romande*. Nous ne pouvons résister au désir de publier ce morceau charmant de littérature médicale, « pourquoi la piqûre de l'épine noire est-elle considérée comme dangereuse? », persuadés que nos lecteurs trouveront à sa lecture le même plaisir que nous y avons trouvé nous-mêmes.

. . . . . .

« Les vacances battaient leur plein et je battais la campagne, un fusil sur le bras, tout enchanté de prendre l'air. A l'heure où le soleil devenu trop intense rend le plaisir de la chasse un labeur, je m'assis sous un grand arbre, un noyer, il m'en souvient, peu soucieux de l'opinion qui veut que son ombre soit perfide...

Je regardais autour de moi; une pie-grièche, de belle allure, vint se percher sans me voir sur la branche sèche d'un maigre poirier du voisinage. Mon attention se porta tout naturellement sur cet être vivant dont je suivis avec une curiosité croissante les manœuvres. Quelle agilité, quel coup d'œil pour apercevoir et pour s'élancer sur l'insecte qui passe en l'air ou qui rampe à terre!

Après chaque capture, la vorace bête, remontant sur son perchoir d'occasion, dévorait avidement le produit de sa chasse. Apercevoir le gibier, s'en emparer, l'engloutir était l'affaire de courts instants. Combien elle me parut supérieure au Nemrod las et bredouille que j'étais!

Prenant goût au triomphe de cette Diane aux ailes rapides, je restai immobile, retenant mon souffle, et bien m'en prit, car après une pause qui me parut longue, je vis la bête changer de tactique. Au lieu de remonter sur son poirier, elle s'éloigna quelque peu jusqu'à la haie voisine ; je la croyais échappée pour toujours à mon observation, lorsque je la vis revenir à son point de départ. Elle ne mangeait plus. La proie qu'elle convoitait lui aurait-elle échappé, à elle si adroite et si prompte? La lourdeur d'une digestion gloutonne avait-elle amoindri ses aptitudes chasseresses?... Elle replongea bientôt et saisit au vol un gros hanneton, belle proie! Qu'en fit-elle? Retournée à la haie, elle revint sans lui.

Ma patience épuisée et ma curiosité fort exaltée, je me dirigeai vers la haie mystérieuse pour avoir si possible la clef de l'énigme. Sérieusement empalées sur une grosse épine noire, les deux dernières victimes se débattaient sans résultat. Diane, prudente comme la fourmi, avait un garde-manger! Repue, mais non lasse de chasse, elle conservait ses proies avec un à-propos étonnant.

Elle aurait faim, sans doute, plus tard; la pluie pouvait venir ; le gibier se faire rare, qui sait... Toujours est-il que, dans sa prévoyance, elle se gardait une poire pour la soif.

Pie-grièche étant partie, je fis comme elle et regagnant le logis, je me consolai de rentrer le carnier vide en constatant que la bête m'avait donné une leçon de choses inoubliable.

Pourquoi donc les paysans qui viennent à nos cliniques se faire ouvrir un panaris, nous disent-ils souvent d'un air profond : « Ah! c'est en me piquant à l'épine noire que j'ai ramassé çà! » L'épine noire, pourquoi plutôt que d'autres?

Ces rustiques ont observé la chose, et si, depuis des centaines d'années peut-être, ils répètent, pour l'avoir constaté, que la piqûre de l'épine noire est mauvaise, plus mauvaise que celle des autres, ils ont leurs raisons.

L'oiseau me l'avait appris et je le crois maintenant, et je ne hausserai point les épaules quand l'homme en blouse viendra, trop tard le plus souvent, faire ouvrir son phlegmon. Je ne hausserai plus les épaules en lui entendant mettre tout le mal, tout son mal, sur l'épine noire.

Eh! sans doute, le hanneton, le ver empalés, sur le bois, délaissés par la bête à la fois gloutonne et prudente, pourriront sous l'injure du temps et le malheureux paysan qui, taillant sa haie ou liant son fagot, ira se heurter à la broussaille empoisonnée

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
HAMAMELIDINE LOGEAIS

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
Pilules Doumer, dosées à 0 gr. 05 de BLEU DE MÉTHYLÈNE chimiquement pur.
OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

subira cet outrage et toutes ses redoutables conséquences. Il ne pourra que répéter en hochant la tête : « c'est à l'épine noire que je me suis blessé. »

Morale : Rien en fait d'observation n'est à mépriser, les choses les plus futiles en apparence peuvent à la faveur d'une interprétation conforme jeter une vive lumière sur des faits ignorés, redresser une opinion erronée ou faire taire un parti pris de mauvais aloi. Sachons encore que l'expérience des âges en vaut bien d'autres et, lorsque j'en aurai le loisir, je serais bien tenté de rechercher ce qu'il peut y avoir de vrai dans certains dictons et dans maintes pratiques du vulgaire. On a souvent besoin d'un plus petit que soi!

La découverte de l'antisepsie en a fait revenir quelques-uns sur l'eau, de ces préceptes, de ces remèdes vieux de mille ans! aussi soyons modestes, observons, ne rions qu'à bon escient, et ne nous moquons d'aucun, avant d'être sûr qu'il a tort.

Méfions-nous de l'épine noire; ne nous couchons pas à l'ombre du noyer sans savoir..., et n'oublions pas surtout de chasser aux vacances. Faute de poil, on peut rapporter une plume! »

HOPITAUX

Hôpital Saint-Louis. — Le docteur du Castel reprendra ses conférences cliniques sur les *Maladies cutanées* le samedi 7 mars à deux heures et demie et les continuera le samedi de chaque semaine à la même heure.

Le samedi, à une heure et demie, avant la leçon, consultation externe.

Hôpital Tenon. — *Maladies des voies urinaires* : M. Bazy fera tous les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, une conférence sur les maladies des voies urinaires avec présentation de malades.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 4 Mars.* — Sur les avantages comparés de la taille et de la ponction hypogastrique, par M. Rollet (de Lyon). Rapporteur : M. Picqué.

Communications : Sur la luxation du nerf cubital, par M. Schwartz. — Sur les pyélonéphrites, par M. Routier.

Association médicale mutuelle. — L'Assemblée générale se tiendra le dimanche 8 mars 1896, dans le grand amphithéâtre de la Faculté à 2 heures très précises. A partir de 1 heure et demie, MM. les trésoriers recevront les cotisations.

La présence aux assemblées générales ordinaires et extraordinaires est obligatoire pour tous les associés participants, à moins d'excuse valable, sous peine d'une amende de 5 francs. Cette présence est constatée par la signature de l'associé sur une feuille de présence déposée dans le lieu de l'Assemblée.

Depuis la dernière assemblée, l'Association compte 49 nouveaux adhérents, qui seront admis définitivement dans la séance du 8 mars.

Ordre du jour. — 1° Vote pour l'admission définitive des adhérents depuis la dernière assemblée; 2° Allocution du Président; 3° Rapport du Secrétaire général; 4° Compte rendu financier du trésorier; 5° Compte rendu de la Commission des finances; 6° Elections d'un vice-président, d'un secrétaire général, de deux secrétaires, de deux trésoriers; 7° Questions diverses.

Clinique ophtalmologique du Dr Vignes. — M. Lavillauroy, interne des Hôpitaux, commencera le 3 mars 1896, à 5 h. 1/2 du soir, des conférences d'*Anatomie* et d'*Histologie normale de l'œil* et les continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure. — S'inscrire à la clinique, 18, rue Dauphine.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

PAR LES INJECTIONS

D'HUILE AU BI-IODURE DE MERCURE

Par le Dr E. DE LAVARENNE

Ayant pratiqué, depuis 1892, 1.325 injections d'huile bi-iodurée chez 76 malades syphilitiques, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant de communiquer mes observations sur ce mode de traitement, et les résultats que j'ai obtenus. Ces injections ont été faites dans des conditions spéciales, dans une station thermale, concurremment avec une cure d'eaux sulfurées sodiques.

***

L'huile bi-iodurée est d'une fabrication délicate; il est nécessaire qu'elle puisse se conserver, un certain temps du moins, en gardant le bi-iodure en solution parfaite; celle dont je me suis servi répondant à ce desideratum, j'en donnerai la formule exacte.

On prend de l'huile d'olive fine qu'on laisse au contact d'alcool à 90 degrés, pendant quatre jours, en agitant plusieurs fois par jour, pour la débarrasser de l'acide oléique libre qu'elle peut contenir; on décante avec soin, à l'aide d'un robinet de verre placé à la partie inférieure du flacon dans lequel l'épuration a été faite. L'huile ainsi recueillie est chauffée à 110 degrés; lorsqu'elle atteint cette température, on laisse refroidir à 70 degrés; à ce moment, on ajoute du bi-iodure de mercure en quantité suffisante pour que chaque centimètre cube d'huile contienne 4 milligrammes de bi-iodure. La dissolution demande, pour être complète, environ une demi-heure, pendant laquelle la température doit être scrupuleusement maintenue à 70 degrés : une température inférieure ne permettrait pas la dissolution, une température supérieure amènerait un changement moléculaire dans la composition du bi-iodure qui se précipiterait sous forme d'une poudre jaune insoluble. L'opération terminée, on filtre et l'on met en flacon de verre teinté, soigneusement aseptisé et bouché à l'émeri.

Par ce procédé, on obtient une huile contenant exactement 4 milligrammes par centimètre cube, qui est stable, et se conserve parfaitement; j'ai pu, en effet, en garder plusieurs flacons pendant une année, sans qu'il y eût la moindre précipitation de bi-iodure, et m'en servir sans constater de différences entre son action et celle d'huile fraîchement préparée.

***

Pour pratiquer les injections, j'ai adopté la technique suivante, que je donne en détails, car je suis convaincu que l'innocuité de ce mode de traitement tient beaucoup à l'observance absolue des précautions minutieuses qu'il exige.

Le malade est étendu à plat ventre, sur un sofa; avec du coton hydrophile imbibé de liqueur de van Swieten ou d'éther au sublimé qui a l'avantage d'insensibiliser légèrement, je nettoie la peau de la région où doit être faite la piqûre, c'est-à-dire la partie la plus charnue de l'une ou l'autre masse fessière. Je remplis une seringue de Roux de 2 centimètres cubes, préalablement stérilisée, puis je place l'aiguille. Alors, je pince profondément les téguments entre le pouce et les doigts de la main gauche de façon à immobiliser autant que possible les muscles sous-jacents, et je pique d'un coup sec, dans une direction bien perpendiculaire à la surface cutanée, de façon à enfoncer l'aiguille en un seul temps, profondément, jusqu'à la garde. Après m'être assuré qu'aucun vaisseau n'est touché, je pousse le piston de la seringue très doucement, ne mettant pas moins de quatre à cinq minutes pour faire pénétrer 2 centimètres cubes. L'injection terminée, je retire rapidement l'aiguille; sur la piqûre, je mets un peu de coton hydrophile trempé dans le van Swieten; puis, pendant trois à quatre minutes environ, je pratique, dans le but de diffuser l'huile, un massage profond, excentrique, des masses musculaires où a été faite la piqûre. Suivant l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse, je me sers d'une aiguille plus ou moins longue, de façon, autant que possible, à ne faire l'injection que dans le muscle; je reviendrai d'ailleurs sur ce point.

***

Les syphilitiques que j'ai à soigner sont, pour la plupart, des malades auxquels leur médecin a prescrit un traitement mercuriel intensif et qui viennent aux eaux sulfureuses pour retirer de ce traitement un maximum d'effet dans le moins de temps possible. C'est dans ces conditions que se trouvaient les 76 malades qui font l'objet de cette note et auxquels j'ai pratiqué 1.325 injections, à savoir :

1892	49 injections	. . . .	4 malades.
1893	315 —	. . . .	18 —
1894	401 —	. . . .	22 —
1895	560 —	. . . .	32 —

Ce qui fait approximativement, par malade, 18 injections pour une cure de vingt-cinq jours. Mais, ce n'est là qu'une moyenne; et, dans certains cas, j'ai pu m'arrêter après 10 injections, tandis que dans d'autres, je suis arrivé en trois mois jusqu'à 60.

D'une façon générale, après quelques jours de traitement sulfureux, je commence les injections, en allant par séries de trois ou quatre jours, avec un jour de repos dans l'intervalle des séries. Suivant les cas, l'iodure de potassium est, ou n'est pas, associé au mercure. Opérant ainsi, je n'ai jamais constaté de phénomènes d'intolérance, ni d'intoxication, malgré les fortes doses de bi-iodure de mercure absorbé.

En ce qui concerne l'injection considérée en elle-même, si l'on pince bien la masse musculaire et la peau, si l'on pousse rapidement l'aiguille, la piqûre est à peine sentie; il en est de même de l'introduction de l'huile, à la condition, toutefois, de manœuvrer très doucement le piston, et de s'arrêter un instant toutes les trois à quatre gouttes. J'ai pu ainsi éviter la sensation pénible de déchirement dont se plaignaient mes malades, lorsque, au début, je faisais trop rapidement l'injection. Dans certains cas, l'opération est si peu sensible, que les malades ne s'en aperçoivent même pas, et sont tout étonnés lorsqu'on leur annonce qu'elle est terminée.

Quant aux inconvénients que l'on attribue généralement aux injections mercurielles de produire des abcès, des nodi, de déterminer de la douleur, etc., ils se sont montrés insignifiants avec l'huile bi-iodurée.

Je n'ai jamais observé de stomatite; il est vrai que, quel que soit le traitement mercuriel, avec les sulfureux elles sont une très rare exception.

Je n'ai pas observé non plus d'abcès. Les règles de l'asepsie ayant été rigoureusement observées, on peut en conclure que l'huile bi-iodurée n'est pas phlogogène. Du moins qu'elle ne l'est pas dans les conditions où je m'en suis servi, c'est-à-dire en la portant dans le muscle, terrain peu favorable aux suppurations, en poussant doucement l'injection, pour éviter autant que possible toute dilacération, toute mortification des tissus pouvant entraîner un processus inflammatoire. Et le fait a d'autant plus de valeur que les malades étaient en même temps soumis au régime des eaux sulfurées, qui ont un pouvoir pyogénique indiscutable.

Chez certains malades, les nodi ne se produisent pas : c'est ainsi que j'ai pu faire sur un même sujet 25, 30 et même dans un cas 60 injections sans en observer. Chez d'autres malades, on sent au niveau de la piqûre et deux jours après environ, une induration, aplatie, plus ou moins large, à peine sensible à la pression, ne provoquant pas de gêne et en tous cas, peu volumineuse, car je pouvais, sans que le malade en soit incommodé, faire jusqu'à 10 ou 12 injections consécutives dans la même masse musculaire. Ces indurations persistent, plus ou moins longtemps, parfois plusieurs mois. D'une façon générale, les nodi ne s'observent pas chez les sujets maigres, mais chez ceux ayant une couche assez épaisse de tissu cellulo-adipeux. Il me semble qu'on peut en conclure que, dans le premier cas, l'injection est faite dans le muscle, dans le second, dans le tissu cellulaire. L'expérience suivante semble le prouver. Chez un même sujet, j'ai pratiqué dans les muscles fessiers deux injections de 1 centimètre cube chacune, qui n'ont laissé aucune trace; par contre, une injection faite dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale donnait un nodus, encore appréciable et sensible plusieurs mois après. Il faut donc s'efforcer d'arriver jusqu'au muscle, et pour cela, se servir d'aiguilles de longueurs appropriées. Jusqu'à présent je n'ai fait usage que de deux types d'aiguilles, je me propose dorénavant d'en avoir un jeu plus complet.

La douleur est très variable; elle varie de caractère et d'intensité d'un sujet à un autre, elle varie, chez un même sujet, d'un jour à l'autre, et même d'un côté à l'autre du corps. Tel qui souffre du côté droit ne souffrira pas du côté gauche, et inversement; cependant, il m'a semblé, comme à M. Feulard, que le gauche était plus souvent insensible que le droit. Certains sujets ne souffrent pas au moment de l'injection et ne souffrent pas non plus après; plusieurs de mes malades pouvaient, de suite après leur piqûre, monter sans aucune gêne, soit à cheval soit à bicyclette.

La plupart ressentent une sorte d'engourdissement partant du point de la piqûre, plutôt agaçant que douloureux, qui dure une heure à deux heures, atteignant son maximum 20 minutes ou une demi-heure après l'injection. Je n'ai observé que trois malades qui se sont plaints d'une véritable douleur, laquelle survenait de suite après l'injection, durait une heure environ et laissait pendant quelques heures une sorte d'engourdissement. Ces malades avaient une épaisse couche de tissu cellulo-adipeux. Je dois dire, à ce propos, que j'ai remarqué une sorte de parallélisme entre les nodi et la douleur : pas de douleur, pas de nodi. En tous cas, jamais cette douleur n'a entraîné, ne serait-ce qu'un instant, l'impotence du membre injecté, jamais je n'ai vu un de mes malades, même pusillanime, en être réellement incommodé et obligé de suspendre son

traitement, en somme sévère, puisque l'injection se renouvelle presque chaque matin. Je dois ajouter que la plupart de mes malades se rendent au bain, peu après l'injection.

Sur mes 76 malades, il n'y a eu que quatre femmes dont deux étaient de véritables névropathes. Les hommes étaient surtout des adultes de trente à quarante-cinq ans; le plus jeune avait vingt et un ans, le plus âgé soixante ans. Tous ont également bien supporté le traitement.

En somme, les injections d'huile bi-iodurée, si on peut leur reprocher de nécessiter l'intervention fréquente du médecin, présentent ce grand avantage d'être absolument exemptes de dangers, et de n'encourir que d'une façon insignifiante, les reproches adressés aux injections mercurielles. Elles méritent donc toute l'attention des syphiligraphes, car elles présentent tous les avantages des injections, à savoir : dosage facile et exact du médicament, garantie d'absorption, rapidité et sureté d'action thérapeutique.

D'ailleurs, le professeur Panas emploie déjà depuis plusieurs années, les injections d'huile bi-iodurée dans le traitement de la syphilis oculaire; or, syphilis oculaire dit par là même syphilis sévère; on peut donc conclure des résultats obtenus par le savant ophtalmologiste à l'action énergique de l'huile bi-iodurée dans les syphilis graves. C'est là, du reste, ce qui ressort de mes observations.

* * *

Cette action dans la syphilis oculaire s'est montrée des plus nettes chez un jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt-sept ans, atteint de syphilis héréditaire, que j'observe depuis 1880 et que M. le professeur Fournier connaît bien. Jusqu'en 1892, entre autres accidents, tels que gommes pharyngées, nécrose des incisifs, il fut sujet à des poussées continuelles de kérato-conjonctivite, malgré les traitements mercuriels et iodurés les mieux suivis. En Août 1892, je commençai les injections par une série de 25. Celles-ci ont été continuées sur les conseils de M. Fournier, par séries de 15, puis de 12, de 10, que l'on éloignait de plus en plus : depuis lors, aucun accident n'est survenu. Au début, les injections étaient pour lui peu sensibles; elles le sont devenues cette année surtout, depuis qu'il a pris un embonpoint notable pour son âge.

C'est le seul malade atteint de syphilis héréditaire et c'est le premier de mes malades auxquels j'ai fait des injections d'huile bi-iodurée; les autres étaient soit des syphilitiques à une période d'infection récente, soit des syphilitiques plus ou moins anciens, atteints d'accidents tertiaires.

I. — Dans la première catégorie : *a*) 21 malades avaient des syphilis à évolution normale, plus ou moins accentuée. Ils ont été soumis aux injections, les uns parcequ'ils trouvaient le traitement ainsi plus commode, plus facile à dissimuler; les autres parce qu'ils étaient indociles et que c'était le seul moyen de s'assurer que le traitement était réellement fait; d'autres parce qu'ils supportaient difficilement le mercure par la voie stomacale ou qu'ils ne pouvaient faire, sans poussées de dermatite, les frictions mercurielles qui leur étaient recommandées; *b*) 11 malades étaient atteints d'accidents cutanés ou muqueux, rebelles à tout traitement, remarquables les uns par leur ténacité ou la fréquence de leurs récidives, les autres par leur nature maligne. Sans entrer dans les détails, je mentionnerai comme exemples : d'une part deux malades, mari et femme, qui depuis huit ans étaient sujets à des poussées de syphilides muqueuses pharyngées et buccales, de syphilides papulo-squameuses que rien ne pouvait empêcher; les injections les ont fait disparaître en 1892, et depuis lors, elles n'ont plus reparu. Je citerai aussi un malade, syphilitique de deux ans, s'étant soigné très scrupuleusement, qui avait aux deux jambes et au tronc des syphilides serpigineuses, tuberculo-croûteuses et dont la guérison fut obtenue en vingt-cinq jours, par des injections.

Dans ces cas, l'action seule des injections peut être invoquée; on ne peut pas, en effet, faire entrer en ligne de compte l'action des eaux sulfurées, car je soignais les deux premiers malades depuis trois années par les frictions, et le second avait fait l'année précédente, en 1892, une cure intensive; depuis 1893, il n'a plus eu d'accidents.

Cette action de l'huile bi-iodurée s'est manifestée nettement chez deux malades atteints de syphilis malignes dont voici en quelques mots l'histoire.

Le premier était un jeune officier de vingt-cinq ans, syphilitique de deux ans, atteint de céphalée, d'insomnies, de neurasthénie lui empêchant tout travail, tout effort musculaire. A la suite d'une bronchite grave, il fut envoyé à Cauterets où on le soumit sans résultat aux frictions mercurielles, sans résultat sur sa syphilis! car elles avaient déterminé de la stomatite. Je le soignai un mois plus tard sur les conseils du Dr Perrin de Marseille, et connaissant l'insuccès des frictions, je pratiquai les injections. Dès la quatrième injection, le malade pouvait dormir tranquillement, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux ans, les douleurs disparaissaient, et après quinze jours il pouvait sans fatigue monter à cheval, faire de longues courses à pied; ce fut une véritable transformation.

Même action, aussi évidente, chez un malade de quarante-trois ans, syphilitique depuis un an, atteint de douleurs lombaires des plus violentes, le rendant absolument impotent, avec sensation de constriction du pied gauche, légère augmentation des réflexes, vertiges, douleurs de tête, insomnies, phénomènes vraisemblablement méningo-myéliques. Pendant quinze jours, les frictions n'amenèrent aucune amélioration; bien au contraire des troubles des sphincters étaient même survenus. Après quelques jours de repos, je commençai les injections; dès la cinquième, les douleurs diminuaient, et au bout de trois semaines le malade pouvait, sans inconvénient, commettre l'imprudence de faire 50 kilomètres en bicyclette.

II. — Parmi les malades arrivés à la période des accidents tertiaires, j'en ai observé trois, atteints de syphilis linguale ayant résisté à tout traitement.

L'un d'eux, âgé de cinquante-huit ans, était syphilitique depuis trente-six ans; il avait de la glossite depuis huit ans, qui avait pris naissance au niveau d'une dent malade. Le diagnostic fut fait en 1893, par le Dr Stakler qui soumit le malade aux injections de sublimé; sous l'influence de ces injections, une amélioration se produisait, mais dès qu'on les cessait les accidents survenaient à nouveau. Je l'ai soumis aux injections d'huile bi-iodurée en 1893, 1894, 1895; il est absolument guéri, c'est à peine si l'on voit la trace d'une ulcération qui en avait imposé d'abord pour un épithéliome.

J'ai noté la même action chez les deux autres malades dont l'un, syphilitique de seize ans, était soigné par moi depuis 1891 par des frictions, sans résultat. Cette année-ci, sur les conseils du Dr Reynier, il s'est décidé à se soumettre aux injections d'huile bi-iodurée qui ont amené une modification très notable de sa langue au point de vue objectif, mais sensible surtout pour le malade au point de vue fonctionnel.

Sur le troisième malade, même résultat, qui, en même temps, se faisait sentir sur une syphilide palmaire gauche, laquelle, depuis quatre ans, résistait à tous les traitements et qui fut absolument guérie en trois semaines.

Cette action sur des syphilides palmaire et plantaire rebelles s'est du reste montrée des plus manifestes dans deux autres cas : chez un syphilitique de six ans, et chez un syphilitique de treize ans, alors que les frictions n'avaient donné aucun résultat, l'un et l'autre malades observés par le Dr Brocq.

Dans la syphilis viscérale, j'ai constaté des effets non moins probants dans un cas d'hépatite syphilitique avec énorme hypertrophie du lobe gauche, teinte subictérique, accidents de dyspepsie, chez un malade de trente-sept ans, brésilien d'origine, syphilitique depuis treize ans. Les injections ne firent qu'accentuer la marche vers la guérison, qui semblait être arrêtée, après avoir commencé sous l'influence des frictions mercurielles ordonnées par les Drs Florand et Faisans qui firent le diagnostic. Dans un cas d'adénopathie bronchique avec réflexes laryngo-trachéal, toux, spasmes, bronchorrée, qui avait résisté aux frictions et à l'iodure.

Dans un cas d'orchite spécifique chez un malade de trente ans, syphilitique depuis quatre ans, il me fut possible d'obtenir la résolution en trente jours.

Dans un cas diagnostiqué *aortite*, chez un malade de cinquante ans, syphilitique depuis dix ans, chez lequel les manifestations cutanées et muqueuses n'avaient jamais cessé, et qui avait été atteint de plusieurs crises de douleurs rétro-sternales, avec angoisse, dyspnée, battements artériels, ces accidents n'ont plus reparu depuis une première cure d'injections faite en 1894; une seconde cure de 10 injections a été renouvelée sur le conseil du médecin traitant en 1895.

Dans un autre cas d'aortite avec ectasie chez un malade de quarante-trois ans, ayant eu une syphilis légère treize ans auparavant, et que je traitais sur les conseils des docteurs Plicque et Duguet qui avaient posé le diagnostic. Les frictions n'amenant aucune amélioration notable, je pratiquai les injections; à la cinquième injection, la gêne rétro-sternale, l'oppression dont se plaignait surtout le malade, commençaient à diminuer, pour bientôt disparaître. En même temps, s'amendaient les signes objectifs : souffle, matité. J'ai eu, il y a quelques jours, par le docteur Plicque, des nouvelles de ce malade : il le considère comme guéri, autant qu'on peut guérir d'une aortite.

Je terminerai par la syphilis nerveuse. Deux cas de paralysie générale au début : Un syphilitique de vingt-cinq ans, âgé de cinquante-deux ans, a été observé pendant trois mois et demi et soumis en 1894, sur les conseils du Dr Brissaud, à 60 injections; il y a, depuis lors, un temps d'arrêt manifeste dans l'évolution de la maladie. M. Chauffard a constaté ce même temps d'arrêt chez un jeune homme de trente ans, syphilitique de douze ans, soumis en 1895 à 18 injections, concurremment avec le traitement ioduré.

J'ai pu arriver à une disparition complète des accidents chez un malade de trente-huit ans, syphilitique depuis seize ans, atteint de vertiges, céphalée, diplopie, abolition des réflexes, douleurs d'abord prises pour de la sciatique, déjà très amélioré par les frictions conseillées par le professeur Spillmann, qui, depuis, a permis le mariage.

J'ai pu compléter la guérison d'un malade vu par le professeur Joffroy, atteint cinq mois auparavant de paralysie de la 6e paire, diplopie, strabisme convergent, avec hémiplégie droite surtout prononcée au membre supérieur, et sur lequel les frictions n'avaient plus de prise.

Je citerai encore deux femmes atteintes d'insomnies, de vertiges, d'encéphalopathie : l'une syphilitique de trois ans chez laquelle le traitement mercuriel et ioduré à l'intérieur non plus que les frictions n'avaient aucune prise; l'autre dont la syphilis avait été ignorée, diagnostiquée ensuite par M. Besnier et par M. Fournier, et qui ne pouvait supporter ni frictions, ni pilules mercurielles.

J'ai soumis aux injections deux cas de méningo-myélite traités par M. Brissaud : l'un était un homme de quarante-deux ans, syphilitique de vingt ans, atteint de méningo-myélite cervicale avec paralysie des extenseurs, en période d'activité progressive, que ni frictions, ni électrothérapie ne pouvaient enrayer et qui fut arrêtée, puis améliorée par les injections faites en 1894 et en 1895; l'autre était un malade de cinquante-deux ans, syphilitique de vingt-neuf ans, atteint de méningo-myélite dorso-lombaire, avec sensations constrictives des genoux, du ventre, contractures, disparition de la sensibilité, raideur articulaire, qui fut très amélioré.

Enfin, j'ai traité quatre cas de tabès. Dans l'un, chez un malade de trente-huit ans, syphilitique de quinze ans et dont le début des accidents remontait à deux ans, surtout remarquable par les douleurs violentes, l'incoordination précoce, les phénomènes de dénutrition, je n'ai obtenu aucun résultat, bien que sur les conseils du professeur Raymond, le malade se soit soumis pendant plus de deux mois au traitement.

Cependant chez un autre, malade de trente-six ans, syphilitique de quinze ans, dont les accidents dataient de deux ans, à la suite de l'influenza, j'ai obtenu la disparition presque complète de la douleur, le retour de la sensibilité plantaire, une diminution très notable de l'incoordination, plus d'assurance dans la marche : amélioration qui semble se maintenir, ainsi que me l'a confirmé le Dr Delpeuch qui suit ce malade.

Enfin, je terminerai par un cas que je considère comme des plus intéressants. C'est celui d'un jeune homme de trente-deux ans, syphilitique de sept ans, que je soigne depuis 1892. A cette époque, mydriase gauche, diplopie, douleurs fulgurantes, réflexes abolis, signe de Romberg : injections, guérison, si bien qu'on se demande s'il n'y a pas là des phénomènes hystériques et que son médecin parle d'autoriser son mariage. Dans le courant de l'hiver 1893, retour des accidents; nouvelle guérison absolue obtenue en août. En 1894, reprise des douleurs, un peu de vertige, impuissance, perte du réflexe rotulier droit; nouvelle guérison. Enfin, de même en 1894-1895, quelques douleurs, un peu de vertige, impuissance; guérison en août. Depuis lors, les dou-

leurs ont disparu, mais, à nouveau, le malade est impuissant et affligé de pertes séminales depuis un mois. Il n'y a pas de doute sur la nature tabétique des accidents, reconnue à plusieurs reprises par M. Déjerine. Les choses en sont là : depuis quatre ans, on semble lutter avec succès contre le tabès ; pas un seul jour le malade n'a été obligé d'interrompre l'exercice de sa profession qui est très fatigante.

Du reste, on peut observer des cas de guérison de tabès confirmé, et je pourrais citer l'exemple d'un malade que j'ai soigné sur les conseils du professeur Fournier, que je vois encore chaque année, et qui est aujourd'hui absolument guéri, bien qu'il ne fût pas seulement prétabétique, mais déjà ataxique au début du traitement; chaque année, par mesure de précaution, il se soumet à une cure d'injections.

***

En somme, les injections d'huile bi-iodurée se sont toujours montrées exemptes de danger; dans bien des cas, elles ont été particulièrement efficaces là où les anciennes médications mercurielles avaient épuisé leur action ou échoué. Je me crois donc autorisé à dire que ces injections méritent une place honorable parmi les médications intensives de la syphilis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

26 Février 1896.

Traitement opératoire de l'hallux valgus. — **M. Kirmisson.** M. Delbet nous a envoyé une observation intéressante d'hallux valgus dans laquelle il a eu recours à un procédé opératoire un peu spécial; à ce propos, je désire faire quelques remarques. La malade est une femme de trente-trois ans, atteinte d'un hallux valgus pour lequel notre collègue pratiqua l'intervention suivante : il ouvrit l'articulation et fit une résection partielle qui permettait de remettre la phalange dans l'axe du métacarpien ; mais, point particulier, la réduction ne se maintenait pas. M. Delbet vit alors que la cause de cette irréductibilité était le tendon du long extenseur du pouce qui sous-tendait, à la façon d'une corde, la sorte d'arc formé par le métacarpien et la phalange déviés en dehors. Il ramena le tendon à la partie interne du métacarpien, l'y fixa en lui constituant une sorte de gaine avec le périoste et le tissu fibreux voisin et, dès lors, la réduction se maintint parfaite.

Sans insister sur le traitement de l'hallux valgus, je rappellerai qu'on a successivement proposé la résection de l'exostose du métacarpien (Ogston), la résection de la phalange (Riedel), la résection totale de la tête et l'ostéotomie rectiligne ou cunéiforme du métacarpien (Reverdin). Parmi ces différentes opérations, il en est une que je ne saurais accepter : c'est celle de Riedel, qui, frappé des mauvais résultats que donne parfois la résection totale de la tête du métacarpien, crut qu'il valait mieux agir sur la phalange. Quant aux autres, elles peuvent convenir à des cas différents, sans qu'il soit possible d'affirmer d'avance quelle est celle qui s'adoptera le mieux au cas que l'on a à traiter.

Le procédé suivi par M. Delbet comprend deux temps. Dans le premier, notre collègue a eu recours à la résection partielle de la tête. Dans le second, il a fixé le tendon du long extenseur qui s'opposait à la réduction parfaite, à la partie interne de la tête du métacarpien.

La résection partielle a déjà été faite et recommandée par plusieurs auteurs et en particulier par G. Fowler.

La fixation du tendon du long extenseur à la partie interne de l'os dans une sorte de gaine est un point nouveau, original et entièrement dû à M. Delbet. La contraction du long extenseur peut évidemment, dans certains cas, nuire au succès de l'opération, parce que l'orteil continue à être dévié; il vaut alors mieux fixer le tendon à la partie interne de l'os, que de le sectionner, les mouvements étant ainsi perdus. Dans certains cas, graves par l'étendue des lésions, on pourra donc employer le procédé de M. Delbet. Je ne pense pas qu'il faille attribuer, en général, un grand rôle à la contraction du long extenseur dans la pathogénie de l'hallux valgus : cette contracture, de même, sans doute, que celle d'autres muscles venant s'insérer sur le gros orteil, est secondaire et non primitive. Sans s'en tenir exclusivement, comme Verneuil, à la théorie mécanique, je crois qu'il faut accorder une grande place à l'arthritisme dans la pathogénie de l'hallux valgus.

M. Poirier. Je crois, comme M. Kirmisson et contrairement à M. Delbet, que la contracture du long extenseur du gros orteil n'est que secondaire et ne pourait jouer un grand rôle dans la pathogénie de l'hallux valgus. Mais, il est un autre muscle qui peut également être contracteur et dont le rôle est bien plus important que celui de l'extenseur: c'est le pédieux, dont le gros chef interne vient se fixer à la partie externe de la première phalange du gros orteil. Si on ne sectionne pas ce faisceau musculaire, on peut faire une opération insuffisante.

M. Routier. L'an passé, j'opérai une femme atteinte d'hallux valgus : après avoir ouvert l'articulation, je réséquai sur le métacarpien tout ce qui fut nécessaire pour remettre la phalange en bonne position et je suturai. La guérison fut parfaite et le succès se maintient. Il n'y a pas d'ankylose, bien que j'ai certainement enlevé plus des 4/5 du périoste.

M. Reynier. Depuis 1886, j'ai opéré par an deux ou trois cas d'hallux valgus, ce qui me permet d'avoir une certaine expérience de la question. Je crois qu'il faut faire entrer en grande ligne de compte l'âge du malade : l'hallux valgus des gens âgés avec bourse séreuse, arthrite, etc., ne ressemble pas à l'hallux valgus des enfants, chez lesquels il faut se demander s'il n'y a pas une malformation congénitale. Pour ces derniers, la résection du tendon est nécessaire.

Chez l'adulte, l'opération du métatarsien donne de meilleurs résultats que l'ouverture de l'articulation, parce que fréquemment la bourse séreuse sous-cutanée s'est enflammée et que son ouverture, au cours de l'intervention, peut déterminer l'infection de l'articulation et par suite son ankylose.

Actuellement, pour ma part, je m'en tiens à l'ostéotomie rectiligne ou cunéiforme suivant les cas.

M. Marchand. La question du traitement de l'hallux valgus n'est pas nouvelle. Il y a sept ou huit ans, M. Jalaguier nous a montré les moules de quelques opérés prouvant l'utilité de l'intervention. J'ai, à cette époque, opéré à Saint-Antoine trois rhumatisants atteints d'hallux valgus : j'ai ouvert largement, réséqué tout ce qui était nécessaire sans m'occuper du tendon. Les résultats immédiats ont été excellents.

Quant à l'intervention chez les enfants, est-elle nécessaire? Je crois qu'avec les différents moyens dont nous disposons pour corriger les déviations chez les enfants, il n'est pas utile d'avoir recours à l'opération.

M. Félizet. Il ne faut pas rapprocher l'hallux valgus de l'adulte de celui de l'enfant et les confondre, relativement au traitement. Chez l'enfant, il s'agit d'une malformation, d'une disposition congénitale, analogue au genu valgum et pour laquelle il n'est nul besoin d'opération radicale. Le redressement simple, combiné aux différents appareils que nous possédons, suffit.

M. Schwartz. Les cas d'hallux valgus doivent se ranger en deux grandes catégories, suivant qu'il s'agit de déviation simple sans hyperostose ou de déviation avec grosse difformité.

Suivant les cas, j'ai eu recours à des interventions différentes, extirpation de la tête ou ostéotomie cunéiforme et je m'en suis toujours bien trouvé.

Quant au tendon, je ne l'ai jamais trouvé rétracté et je n'ai pas eu besoin de le sectionner.

M. Monod. Je pense qu'il faut, avant tout, tenir compte du degré de déviation de l'orteil, si l'on veut poser les indications des diverses interventions préconisées. Pour ma part, j'ai toujours eu recours à la résection oblique de la tête.

Chez un de mes malades, qui était déjà âgé, j'ai dû, pour obtenir le redressement permanent de la phalange, ajouter à la section du tendon extenseur et du long chef du pédieux, celle des insertions des abducteurs oblique et transverse du gros orteil; sans cette dernière résection, le redressement eût été impossible.

Sérothérapie préventive du tétanos. — M. Bazy. J'ai utilisé, l'année dernière, à Bicêtre, le sérum antitétanique, à titre préventif, dans les conditions suivantes. En l'espace d'un an, j'avais eu 4 cas de tétanos dont 3 étaient consécutifs à des plaies et dont le quatrième rentre dans le cadre des tétanos dits essentiels, c'est-à-dire sans plaie extérieure visible. Etant donnée la rareté des cas de tétanos, j'avais été frappé de ces 4 cas survenus en quelques mois. J'apprenais, d'autre part, que le tétanos est fréquent dans les environs de Bicêtre et que le terrain de ces parages passe pour tétanifère.

Dans ces conditions, je songeai à utiliser le sérum antitétanique à titre préventif, l'employant chez tous les blessés qui se présentaient à l'hôpital. Le nombre n'en est pas grand, puisqu'il ne s'élève qu'à 23 en un an, mais sur ces 23 malades, je n'ai pas eu un seul cas de tétanos. Deux sont morts d'autre cause.

Les injections pratiquées étaient de 10 centimètres cubes du sérum antitétanique de l'Institut Pasteur.

De ma pratique, il est vrai un peu restreinte, je conclurai que les injections préventives de sérum antitétanique ne sont ni dangereuses, ni douloureuses et qu'elles ont coïncidé avec l'absence de tout cas de tétanos dans un milieu où je venais de l'observer, à quatre reprises différentes, en un an de temps.

M. Lucas-Championnière. J'ai bien de la peine à croire que les injections de sérum antitétanique, préventivement faites, aient été pour quelque chose dans l'absence concomitante de tétanos dans le service de M. Bazy. Il nous arrive d'observer des centaines de blessés dont pas un n'a le tétanos, d'où la difficulté de conclure d'après le très petit nombre de faits de notre collègue. Je ne crois pas encore qu'il soit indiqué de faire des injections préventives, d'autant plus qu'en pratique ce serait bien difficile. A mon sens, l'important est de guérir le tétanos déclaré.

Récemment, j'ai observé un cas de tétanos dans mon service et j'ai eu recours au sérum antitétanique. Mon malade a guéri.

M. Berger. Des cas de guérison par le sérum antitétanique ont été cités en Italie, en Angleterre et en Allemagne. En France, le cas de M. Lucas-Championnière me paraît être le premier. Pour ma part, j'ai toujours échoué. C'est pour cela que je préconise l'éradication de la plaie, qui m'a donné les deux seuls cas de guérison que j'ai observés et qui a également réussi à M. Le Roy des Barres. Je pense néanmoins qu'il sera bon de joindre à l'éradication le sérum antitoxique.

Relativement aux injections préventives, je les crois difficilement réalisables en pratique, mais je serais très porté à y avoir recours dans les cas de plaies graves, souillées de terre, que nous savons être les plus susceptibles de se compliquer de tétanos.

J'ajoute que je comprends d'autant mieux la conduite de M. Bazy qu'à Bicêtre j'ai eu l'occasion d'y voir 3 cas de tétanos, et que je serais tenté de croire qu'il y a dans ces parages des terrains tétanigères.

M. Marchand. En six ans, à l'hôpital Saint-Louis, dans un service très encombré, je n'ai observé qu'un seul cas de tétanos. Aussi est-il difficile de se laisser convaincre par la courte statistique de M. Bazy.

M. Quénu. Pour ma part, je n'ai pas observé un seul cas de tétanos depuis un an.

M. Michaux. J'approuve d'autant plus la conduite de M. Bazy à Bicêtre que j'ai récemment observé dans les environs de l'Hospice un cas de tétanos. Le médecin qui m'avait fait appeler a attiré mon attention sur la très grande fréquence de cette complication dans ces parages : il en aurait observé plus de 20 cas. Aussi, je crois que les injections préventives de sérum antitétanique sont très justifiées à Bicêtre. M. Reclus les a d'ailleurs récemment préconisées lors du Congrès de chirurgie, dans les larges plaies par écrasement.

Présentation de pièce. — M. Segond présente le calcul enlevé par la taille sus-pubienne par M. Barette[1]. C'est un calcul dur, mais, comme M. Barette ne veut pas qu'on essaie de le briser par le lithotriteur, il nous reste impossible de savoir s'il résisterait à cet instrument.

Présentations d'appareils, — M. Segond montre une nouvelle aiguille à suture de M. Collin.

M. Routier présente une table d'opérations facilement démontable et aisément transportable : elle permet de faire donner au malade toutes les positions que l'on désire. Cette table a été construite sur les données fournies par M. Prioleau.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Février 1896.

De la desquamation dans la fièvre typhoïde. — M. Marfan. A propos de l'intéressante communication de M. Comby dans la dernière séance, je tiens à dire que, le 18 Janvier 1896, j'ai présenté, à la clinique des maladies des enfants, un jeune malade atteint de fièvre typhoïde qui fournissait le plus bel exemple de desquamation post-typhique. Depuis lors, j'ai observé un second cas analogue. Dans ces cas, la desquamation survenait après une éruption confluente de sudamina. J'ai donc été amené, sans connaître le travail de M. Comby, à formuler les mêmes conclusions que cet auteur.

Déformation congénitale des quatre membres. — M. Marfan présente une fillette de cinq ans et demie, atteinte d'une déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités et caractérisée par un allongement des os, avec un certain degré d'amincissement. La déformation est surtout caractéristique aux mains; toutes les phalanges et les métacarpiens sont notablement allongés, les muscles sont émaciés, mais non paralysés, et leurs réactions électriques sont normales. La main est très mince, très allongée et ressemble à une « patte d'araignée ».

Appendicite familiale. — M. Faisans. Je tiens à communiquer un certain nombre de cas d'appendicite familiale, c'est-à-dire, frappant dans la même famille, le père et un enfant, ou bien deux ou plusieurs frères, ou bien encore des cousins germains. L'un de ces malades, dont l'appendice réséqué a été présenté par M. Brun à la Société de chirurgie, a été l'occasion pour plusieurs chirurgiens de citer de nouveaux exemples d'appendicite héréditaire ou familiale. Ces faits sont donc assez nombreux pour qu'on ne puisse pas les considérer comme des hasards de séries. Il est évident que certaines familles présentent une véritable prédisposition à l'appendicite. Cette prédisposition s'expliquerait à merveille si, comme l'a montré le professeur Dieulafoy, il s'agit dans ces cas d'une véritable lithiase appendiculaire relevant, comme les lithiases hépatique ou rénale, de la diathèse arthritique et de la goutte.

Dans le plus grand nombre des cas que j'ai étudiés, l'appendicite familiale se présente sous la forme récidivante aboutissant à la perforation, avec péritonite septique promptement mortelle. J'en tire cette conclusion que, dans tous les cas d'appendicite familiale, même les plus bénins en apparence, l'ablation de l'appendice s'impose à titre de traitement préventif.

M. Rendu. Depuis longtemps déjà mon intention a été attirée sur cette question d'appendicite familiale; et je suis en mesure d'en fournir actuellement cinq exemples.

1. V. *Presse médicale*, n° 16, 22 Février 1896, p. LXXVI).

Dans ces cinq familles, s'agissait-il toujours d'arthritiques ? je n'oserais l'affirmer.

Dans une famille cependant, j'ai soigné des appendicites chez le père et chez le fils ; le père était manifestement goutteux, et présentait alternativement les accidents de lithiase biliaire, et les symptômes de lithiase rénale.

Je ne saurais dès maintenant fournir de conclusion, mais il est bon de signaler ces faits, et de provoquer ainsi des études plus approfondies sur ce sujet.

M. Hayem. Il serait important d'examiner l'état gastrique de tous les malades atteints d'une forme quelconque d'appendicite. Je n'ai jamais manqué de le faire, et dans tous les cas j'ai pu constater l'existence d'une gastrite parenchymateuse. Or, cette affection est essentiellement héréditaire ; et peut-être également constitue-t-elle une cause prédisposante de l'appendicite. J'ajoute que j'observe actuellement un malade atteint d'appendicite à répétition ; ce malade souffre en outre d'une gastrite parenchymateuse, et, depuis le traitement institué uniquement contre cette dernière affection, les crises appendiculaires diminuent de fréquence.

Appendicite familiale et malformations congénitales. — M. Talamon. A propos de la communication de M. Faisans, je tiens à rapporter un nouveau cas qui me paraît offrir quelque intérêt, en raison d'une particularité déjà signalée dans un de mes trois premiers cas et sur laquelle je désire attirer l'attention.

Le 2 Février, j'étais appelé à voir un petit garçon de neuf ans qui, depuis le mois de Novembre dernier, s'était plaint à plusieurs reprises de douleur dans la fosse iliaque droite. Deux médecins consultés n'avaient point paru attacher grande importance à cette douleur. Mais la mère, qui avait perdu quatre ans auparavant un premier enfant, âgé de dix ans, d'une appendicite perforante, n'était pas rassurée. Elle se procura mon travail sur l'appendicite, et, comparaison faite des symptômes présentés par l'enfant et de la description clinique, elle diagnostiqua une appendicite à rechutes et voulut avoir mon avis sur l'opportunité d'une opération préventive.

Quand je vis le petit garçon, il venait d'avoir une petite crise, très légère, de colique appendiculaire. C'était la cinquième depuis le mois de Novembre. La dernière datait du 5 Janvier. Une seule, la première, avait déterminé un ou deux vomissements. Les autres s'étaient bornées à une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, qui cessait au bout de 3 à 4 jours, avec un ballonnement du ventre. Cette fois, on constatait à la pression profonde un point douloureux un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, à la partie inférieure et externe de la fosse iliaque droite. Le ventre était légèrement météorisé ; mais il n'y avait pas d'empâtement, ni de tuméfaction appréciable au niveau de l'appendice. Il n'existait pas de fièvre, mais la langue était un peu saburrale ; 3 jours après, du reste, la pression ne révélait plus de douleur dans la fosse iliaque.

Je confirmai le diagnostic de la mère. A mon avis, il devait exister dans l'appendice une scybale dont les déplacements provoquaient les crises douloureuses présentées par le petit malade et j'approuvai absolument l'idée d'une opération radicale à froid, et cela d'autant plus que chez le premier enfant les accidents avaient débuté de la même façon, la perforation ne s'était faite qu'après une série de crises peu graves, répétées pendant plusieurs mois.

Notre collègue Jalaguier, qui voulut bien venir voir l'enfant avec moi, conclut de même à l'excision de l'appendice. Après une vingtaine de jours de repos absolu au lit, l'opération fut faite par M. Jalaguier, le 20 février. L'appendice, d'une longueur anormale, mesurait 10 à 12 centimètres de long. Il avait le volume d'une grosse plume de corbeau, et n'était pas dilaté. Il ne paraissait pas enflammé à l'œil nu extérieurement. Des adhérences filamenteuses l'unissaient dans son tiers supérieur au cæcum. En le palpant, on sentait, à 2 centimètres de son extrémité inférieure, un petit corps étranger dur, qui se déplaçait sous le doigt. La lumière du canal était libre, et la muqueuse était recouverte d'une petite quantité de liquide brun jaunâtre. Le corps étranger, arrêté vers le bout inférieur de l'appendice, était une petite concrétion dure, de forme ovalaire, ayant à peu près les dimensions et l'aspect d'un pépin de raisin.

Les suites de l'opération furent parfaites. L'enfant eut, pendant deux jours, des vomissements chloroformiques : mais, à aucun moment, sa température ne dépassa 37°,8. On peut le considérer aujourd'hui comme guéri.

Je ne doute pas que cette opération ait mis l'enfant à l'abri d'accidents qui se seraient fatalement produits dans un délai plus ou moins éloigné. La scybale était encore trop petite pour oblitérer complètement le canal appendiculaire, d'où la bénignité des symptômes constatés jusqu'à ce jour, mais, par apport de couches successivement déposées, sa masse se serait sûrement accrue et, à la longue, elle aurait fini par atteindre un volume suffisant pour déterminer la série de phénomènes qui aboutissent à l'inflammation et à la perforation des parois de l'appendice. Il est à peu près certain que les choses se sont ainsi passées chez le frère de notre petit opéré, qui mourut d'une péritonite généralisée en trois à quatre jours, après une série de crises appendiculaires atténuées.

Ce fait me paraît démontrer :

1° Que dans certains cas l'appendicite à rechutes peut être due, comme je l'ai soutenu, au déplacement d'une scybale dans l'appendice ;

2° Qu'en présence d'antécédents appendiculaires familiaux, il faut tenir grand compte des moindres douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite, et que, si ces douleurs se répètent à courts intervalles, il faut craindre l'engagement ou la formation d'une scybale dans l'appendice, même si la palpation ne donne pas nettement la sensation d'une tuméfaction locale ;

3° Que le seul moyen de prévenir les accidents plus graves ultérieurs, accidents qui probablement ne sauraient manquer de se produire, c'est l'ablation de l'appendice dans un moment de calme.

Au point de vue pathogénique, je veux appeler l'attention sur le détail suivant :

Des faits déjà nombreux rapportés à la Société de chirurgie et surtout de la statistique de Roux, de Lausanne, qui, sur 300 observations personnelles d'appendicite, a relevé 40 fois pour 100 l'influence héréditaire, il ressort que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite.

Mais comment comprendre ce rôle de l'hérédité ? M. Faisans se déclare partisan de l'hypothèse émise par M. Dieulafoy, de la diathèse arthritique favorisant le développement d'une véritable lithiase appendiculaire à la manière de la lithiase biliaire ou urinaire. Mais l'arthritisme est un état si vaguement compréhensif qu'il est devenu, on peut le dire, le facteur commun de toutes les affections des classes moyennes de la société, de façon qu'en dehors de la classe ouvrière on serait embarrassé de trouver un sujet atteint d'une maladie quelconque, qui ne rentrât pas dans la catégorie des arthritiques.

Pour ma part, j'inclinerais plutôt à admettre la transmission ou la coexistence héréditaire dans une même famille de quelque disposition, malformation, ou vice de développement congénital portant sur l'appendice, qui n'est en réalité lui-même qu'un vestige d'organe incomplètement développé.

La coïncidence de quelque autre malformation chez le malade, ou parmi les membres de sa famille, serait un argument en faveur de cette hypothèse.

Or, dans un des cas que j'ai observés, cette coïncidence existait. Chez un jeune homme de dix-sept ans, dont le frère était mort à seize ans d'une appendicite perforante, et qui lui-même, depuis l'âge de douze ans, avait eu huit crises d'appendicite à rechutes, de gravité variable, on constatait que la descente du testicule droit avait été très tardive, qu'elle ne s'était faite qu'à quatorze ans avec hernie d'une anse intestinale.

D'autre part, pour le petit malade dont je viens de rapporter l'histoire, la malformation congénitale avait existé non seulement chez lui, mais aussi chez son frère mort antérieurement d'appendicite. Tous deux avaient présenté des *adhérences préputiales* assez prononcées pour nécessiter une opération, qui a été pratiquée il y a quelques années par M. Marchand.

Cette coïncidence de vices de développement avec l'appendicite familiale, que j'ai constatée dans les deux cas où je l'ai cherchée, me semble à noter et à rechercher à l'avenir, car elle rendrait très vraisemblable l'hypothèse de quelque malformation analogue du côté de l'appendice.

Maintenant, quelle est cette malformation appendiculaire qui crée la prédisposition à l'appendicite héréditaire ? Je serais porté à rapprocher des adhérences préputiales, notées chez les deux frères de mon observation, les adhérences filamenteuses qui reliaient le tiers supérieur de l'appendice excisé au cæcum. Comme les adhérences préputiales, les adhérences appendiculaires peuvent très rationnellement être regardées comme congénitales, l'appendice ne présentant aucune apparence d'inflammation et le malade n'ayant eu que des douleurs très atténuées qui ne sauraient guère être rapportées à des poussées de péritonite.

Mais, ce n'est là qu'un rapprochement. Il est probable que les adhérences ne sont pas la seule cause prédisposante de l'appendicite et que les malformations congénitales de l'appendice doivent être variables.

C'est aux chirurgiens à nous renseigner à ce sujet, comme ils nous ont éclairés sur la véritable nature des accidents de l'appendicite.

M. Le Gendre. Dans la pathogénie de l'appendicite j'ai peine à croire que l'on puisse admettre une cause univoque. J'ai vu des appendicites chez des arthritiques, mais j'en ai vu également chez des scrofuleux. M. Hayem vient en outre de rappeler les relations qui existent entre un état gastrique spécial et l'appendicite ; je dois dire que M. Bouchard avait déjà signalé la fréquence des poussées d'appendicite chez les sujets dyspeptiques avec stase gastrique. J'ai moi-même remarqué toujours l'existence de troubles gastriques ou entéritiques antérieurs à l'éclosion des crises appendiculaires.

Un autre fait me paraît digne d'être signalé, et je crois que l'on a tenu trop peu de compte de la structure histologique de l'appendice. Il ne faut pas oublier en effet que l'appendice contient de nombreux appareils lymphoïdes ; dès lors, il pourrait se faire dans cet organe des poussées inflammatoires, analogues à celles que l'on rencontre si fréquemment au niveau des amygdales hypertrophiées.

Toutes ces différentes causes doivent entrer en ligne ; et je crois qu'il ne saurait y avoir un seul mécanisme à invoquer.

M. Mathieu. La théorie émise par M. Dieulafoy soulève une question peu connue : la lithiase intestinale.

Je soigne actuellement une femme atteinte de colite muco-membraneuse ; dans les fèces de cette malade se trouvent fréquemment de véritables grains de sable. L'analyse chimique a démontré que ces grains étaient composés de phosphates et de carbonates de chaux, de phosphates ammoniaco-magnésiens ; jamais on y rencontra de sels ni de pigment biliaire.

Cette question de la lithiase intestinale est peu connue, il serait cependant important de l'étudier ; de cette étude pourrait résulter la connaissance des relations qui existent entre les lithiases appendiculaires, hépatiques, et rénales.

Topographie du zona. — M. Achard. Dans des lésions récentes, M. Brissaud a combattu l'opinion classique attribuant au zona une origine périphérique ; selon lui, la lésion initiale siège dans les cordons postérieurs de la moelle et retentit, par l'intermédiaire des fibres sensitives, sur les centres trophiques des nerfs cutanés. Le fait sur lequel est fondé la théorie de M. Brissaud, est le défaut de concordance entre la topographie du zona et le domaine d'innervation des nerfs périphériques.

Ce fait déjà noté par un certain nombre d'auteurs n'a jamais été bien expliqué. Il y a deux ans, observant une série de cas de zona, j'avais été frappé aussi de la discordance sur laquelle a insisté M. Brissaud ; j'avais été amené ainsi à placer plutôt dans la moelle que dans les nerfs phériphériques la lésion initiale du zona, en considérant surtout que les troubles sensitifs de cause médullaire ont des limites qui ne répondent pas au territoire des nerfs particuliers.

Si l'on accepte la théorie périphérique, il est nécessaire d'admettre des lésions multiples et disséminées dans des portions limitées de plusieurs nerfs.

L'hypothèse de M. Brissaud permet d'invoquer des désordres plus simples à concevoir, car une lésion spinale d'étendue restreinte peut frapper dans leur trajet intra-médullaire les branches verticales et collatérales, de fibres nerveuses correspondant à des racines différentes.

En somme, à côté des zonas nettement périphériques comme ceux qui succèdent à un traumatisme d'un nerf, il en est dont la cause peut être spinale ; ce sont les zonas qui ne correspondent pas à la distribution des nerfs cutanés, c'est-à-dire probablement la majorité des cas de zona, dit spinctif.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

28 Février 1896

Invagination intestinale. — M. Legueu rapporte une observation d'invagination intestinale, très comparable à celle qu'a présenté M. Baudet, la séance précédente. Il s'agissait d'un enfant de dix mois, atteint depuis six jours de symptômes d'invagination. On opéra, et on trouva le cæcum et l'intestin grêle invaginés dans les côlons. La mort survint deux jours après. L'opération avait été trop tardive.

Sarcome médullaire du col du fémur. Fracture spontanée. — M. Coyon rapporte l'observation d'un sujet présentant depuis quelques mois des douleurs au niveau de la hanche, et de la gêne de l'articulation coxo-fémorale. Le malade était considéré comme atteint de sciatique. Un jour, à la suite d'un heurt léger, il éprouva une violente douleur et tomba. Amené à l'hôpital on pense à une fracture du col du fémur. A l'autopsie, on constata une fracture siégeant à l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale. La fracture était complète, et les deux extrémités osseuses totalement disjointes. Du côté interne du fémur, on constata une grosse tumeur. L'examen microscopique fut pratiqué et on constata un sarcome globo-cellulaire sans myéloplaxes, avec de nombreux medullocèles.

Muscle manieux. — MM. Souligoux et Mayor présentent un muscle surnuméraire de la face dorsale de la main ; ce muscle est, à la main, l'analogue du muscle pédieux au pied. Il s'insère d'une part sur le ligament annulaire, et d'autre part sur l'extrémité antérieure de la 3e phalange et sur les extrémités antérieure et postérieure de la 2e phalange.

Sarcome névroglique du lobe frontal. — MM. Vermorel et René Marie communiquent l'observation d'une femme présentant depuis plusieurs mois des symptômes de tumeur cérébrale, localisée au lobe frontal droit. A l'autopsie, on trouva en effet, au niveau de la 1re circonvolution frontale, en plein cerveau, une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule. La dure-mère adhérait à sa partie supérieure. Cette tumeur n'était pas nettement encapsulée ; elle adhérait au parenchyme cérébral. Une section, faite au centre de la tumeur, montra une masse rosée, grisâtre, avec de petits kystes dans l'intérieur. L'examen microscopique montra que l'on était en présence d'un sarcome à cellules névrogliques, avec transformation muqueuse de certains points qui correspondaient aux kystes, que l'on avait constatés à l'œil nu.

M. Auvray fait remarquer que chez le malade en question les troubles intellectuels, observés au début de la maladie, sont en rapport d'après les travaux les plus récents avec la localisation de la tumeur dans le lobe frontal du cerveau. Ils auraient pu servir à eux seuls, au début de l'affection, pour localiser la tumeur et permettre une intervention chirugicale.

Les lésions hémiplégiques observées plus tardivement sont en rapport avec le développement progressif de la tumeur qui, peu à peu, en se développant agit par compression sur la zone rolandique voisine. Les lésions plus marquées que l'on a observées du côté du nerf optique gauche, côté où siégeait la tumeur, confirment l'opinion récemment émise par Hosley et Ferrier, à savoir que les lésions optiques sont toujours plus marquées du côté où siège la tumeur, ce qui peut servir encore au point de vue du diagnostic de localisation de la tumeur.

Hypoplasie cardio-vasculaire. — M. F. Ramond présente des pièces provenant d'un tuberculeux de vingt et un ans, atteint d'hypoplasie artérielle; cet individu mesurait 1m,65 de hauteur. Le cœur n'est pas atrophié, mais tous ses orifices ont leur diamètre diminué de 1 à 2 centimètres; l'empreinte du trou de Botal est agrandie et représente au moins le diamètre d'une pièce de 2 francs; il est obturé par une mince membrane adhérente sur toute sa périphérie sauf en avant, car elle est reliée à la paroi interauriculaire par deux petits piliers charnus; on remarque, en outre, deux petits orifices du volume d'une tête d'épingle à l'angle antéro-supérieur de cette membrane. Les artères sont rétrécies; l'aorte ne présente pas d'anomalie d'origine des artères intercostales; le fémorale a le calibre d'une plume d'oie; la radiale celui d'une petite aiguille à tricoter. Leur structure est normale.

Ascite congénitale. — MM. Vanverts et **F. Ramond** présentent des coupes du foie d'un fœtus de 7 m. 1/2, atteint d'ascite; il y avait coexistence de méningocèle. Les parents étaient absolument sains; le placenta d'apparence normale. Le foie pesait 720 grammes, la rate 10 grammes; sur une coupe du foie on note la présence d'une cirrhose adulte annulaire, avec quelques prolongements intralobulaires. La veine sus-hépatique est intacte; en revanche, il existe une foule de vaisseaux portes, gorgés de sang, et entourés de tissu conjonctif adulte. Il y a également une quantité considérable de néo-canalicules biliaires, parfaitement organisés. La cellule hépatique est atrophiée, et dans l'intérieur du lobule, il existe une notable infiltration leucocytique et sanguine, dissociant la travée hépatique. La rate n'est pas sclérosée; mais présente une infiltration sanguine anormale de tout son parenchyme.

Linite plastique. — M. Chaput montre des coupes d'une linite plastique dont il a présenté la pièce macroscopique, lors d'une précédente séance. On constate une gastrite interstitielle très intense avec hypertrophie des glandes et formation de villosités. La paroi vasculaire et le péritoine sont très épaissis. Au niveau de certaines voies lymphatiques, on constate qu'elles sont remplies de cellules ressemblant à des cellules épithélioïdes. Ce sont, vraisemblablement ces aspects qui ont fait penser que la linite plastique était une variété de squirrhe de l'estomac.

M. le professeur **Cornil** fait remarquer que l'on ne peut porter le diagnostic de cancer en constatant ces cellules.

Gastro-entéro-anastomose. — M. Chaput montre des préparations microscopiques, faites avec des pièces de gastro-entéro-anastomose. Au niveau de la suture, les tissus ne sont pas sphacélés; on y voit seulement quelques amas de cellules embryonnaires, qui viennent réunir les deux bords de la plaie. R. MARIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

27 Février 1896.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel. — *Exposé des résultats de 400 injections réparties sur 65 malades.* — **M. P. Portalier** passe successivement en revue les trois points suivants : 1° technique opératoire; 2° effets locaux et phénomènes de réaction générale des injections; 3° action thérapeutique.

I. **Technique opératoire.** — *Instrumentation* : seringue du Dr Feulard soumise à l'ébullition dans l'eau distillée avant chaque injection. Aiguille en platine iridié, d'une longueur de 5 à 6 centimètres, suivant l'état d'embonpoint des sujets.

Formule du liquide injectable :

Calomel à la vapeur . . .	5	centigrammes.
Cocaïne pure	1	—
Huile d'olives	q. s.	
pour former 1 centimètre cube.		

Le calomel est finement porphyrisé et lavé à l'alcool. L'huile d'olives est lavée à l'alcool et stérilisée.

On triture le calomel en ajoutant peu à peu l'huile cocaïnée. Enfin ce mélange (préparé aussi près que possible du moment de l'injection) est versé dans un tube stérilisé au four Pasteur, puis est encore stérilisé à l'autoclave.

On lave la peau avec de la liqueur van Swieten, ou de l'alcool; on enfonce l'aiguille, préalablement flambée, dans toute sa longueur au point choisi comme lieu d'élection, soit dans la fossette rétrotrochantérienne, soit dans la région fessière supérieure, indifféremment. La piqûre est recouverte ensuite de collodion.

Faire l'injection lentement et injecter la totalité du mélange renfermé dans la seringue.

II. **Résultats locaux et effets de réaction générale des injections.** — A. *Gonflement de la région injectée avec, parfois, rougeur et chaleur de la peau.* — Sur 400 cas : 10 fois, énorme, diffus; 57 fois, assez considérable; 162 fois, moyen; 152 fois, léger; 19 fois, nul.

C'est le lendemain ou le surlendemain de l'injection qu'apparaît ce gonflement, cet empâtement, toujours plus ou moins dur et sensible à la pression, de la région injectée.

A partir du quatrième jour, il commence à se résoudre, et vers le sixième ou le septième jour, il ne subsiste plus qu'une nodosité très variable comme volume (volume d'un petit œuf, d'une noix, d'une noisette) tantôt profonde, tantôt superficielle et faisant corps avec les téguments.

Ces nodi consécutifs s'effacent en moyenne du dixième au douzième jour, mais ils persistent parfois pendant des semaines et même des mois. Quelquefois, il reste à l'endroit même de la piqûre des stigmates tels qu'une tache tantôt rougeâtre, tantôt violacée ou brunâtre de la peau.

B. *Douleurs.* — Sur 400 cas : 12 fois, insupportable; 72 fois, très vive ou vive; 155 fois, moyenne, facilement tolérable; 149 fois, légère; 12 fois, nulle.

6 malades sur 65 ont été tellement éprouvés par la douleur qu'ils se sont refusés à toute tentative nouvelle d'injection.

Quelquefois le soir même de la piqûre, plus souvent le lendemain ou le surlendemain, le malade ressent, à l'occasion des mouvements, une douleur plus ou moins forte, limitée d'ordinaire à la région injectée, mais qui peut irradier vers la cuisse et la jambe, ou même vers la région lombaire. Les malades comparent cette douleur soit à une névralgie sciatique, soit à du rhumatisme, soit plus communément à celle que déterminerait un fort coup de bâton (sensation de meurtrissure, de contusion).

D'autres fois la douleur est à ce point légère que les sujets peuvent aller et venir comme de coutume, voire monter à cheval ou à bicyclette presque aussitôt.

Dans les 12 cas où la douleur fut insupportable, les malades durent garder le lit pendant plusieurs jours.

C. *Fièvre.* — 6 fois il y eut fièvre vive avec embarras gastrique pendant une semaine, et 102 fois léger mouvement fébrile avec un peu de malaise, de courbature et d'insomnie pendant les deux ou trois jours qui suivirent l'injection.

D. *Abcès.* — 4 fois (c'est-à-dire une fois sur cent), chez quatre malades différents, il survint un abcès vraisemblablement aseptique, vers le dixième ou le douzième jour après l'injection. Ces abcès furent peu douloureux. Quatre à cinq jours plus tard, il n'y paraissait plus.

E. — 5 fois seulement salivation légère durant deux ou trois jours, et toujours chez des sujets en état de gingivite antérieure.

F. — 6 fois diarrhée légère durant deux jours.

La dose de calomel employée a pour ainsi dire toujours été de 5 centigrammes par injection. Elle a pu être portée à 7, 8 et 9 centigrammes sans le moindre inconvénient.

Les injections ont été pratiquées par séries, chaque série comprenant, suivant les besoins de la cause, quatre à six injections, très rarement davantage, qui ont été faites une tous les huit ou dix jours. Ces séries ont toujours été séparées d'un intervalle minimum de cinq semaines.

III. **Résultats thérapeutiques.** — Dans les accidents syphilitiques vrais, ces injections ont donné souvent les résultats les plus remarquables.

De même elles ont échoué contre les accidents parasyphilitiques, tels entre autres que le tabes et la paralysie générale.

Parmi les accidents contre lesquels particulièrement elles ont bien agi, il faut signaler les glossites tertiaires surtout, plusieurs cas d'artérite cérébrale et de syphilis maligne précoce, et un cas douteux où elles agirent comme médicament d'épreuve, et décidèrent de la nature syphilitique de la lésion qu'elles guérirent.

L'auteur, en terminant, déclare que les injections de calomel ne lui paraissent répondre qu'à des indications spéciales et limitées, non seulement en raison de leurs inconvénients, mais parce qu'elles sont parfois infidèles et ne préservent pas à coup sûr des récidives et des atteintes nouvelles de la maladie.

Au total donc, il conclut en disant qu'il faut prendre les injections de calomel pour ce qu'elles sont, comme un moyen puissant d'action dans certains cas que l'expérience journalière contribuera à préciser; comme un nouveau remplaçant précieux de la médication interne devant l'intolérance des voies digestives; — comme le meilleur moyen d'épreuve peut-être, lorsque le diagnostic hésite sur la nature spécifique d'une lésion; — mais, au total, comme une méthode thérapeutique en voie d'essai, qui compte des intolérants absolus parmi les malades, et dont il n'est surtout permis de rien préjuger encore quant à ses résultats définitifs, quant à son efficacit sur les accidents à venir de la syphilis, en un mot, et d'une façon générale, quant à la nature et à la qualité du coup qu'elle porte à la vérole.

Injections de calomel. — M. Morel-Lavallée, en quelques mots, déclare les injections de calomel, une méthode curative exceptionnellement puissante contre la syphilis. Mais, il lui reproche : 1° d'être fort douloureuse dans la majorité des cas; 2° de s'accompagner souvent de phénomènes généraux diffus, quelquefois même de fièvre; 3° de déterminer souvent des abcès, sans qu'aucune précaution puisse mettre sûrement à l'abri de telles éventualités.

Indications des injections de calomel. — M. Fournier. Il me semble qu'à l'heure présente on peut résumer la question des injections de calomel de la façon suivante :

1° La détermination de la technique et l'étude des accidents provoqués par la méthode.

2° Les indications et contre-indications de la méthode, c'est-à-dire en quoi elle est bonne et à quels cas elle convient.

Je laisse de côté le premier point pour ne m'occuper que du second. Quels accidents spécifiques guérissent les injections de calomel? Pour ma part, je crois pouvoir affirmer que rien ne fait mieux dans les cinq cas suivants :

1° Chancre phagédenique de la langue; 2° syphilis maligne précoce; 3° glossite tertiaire : glossite scléreuse; 4° laryngite syphilitique grave; 5° syphilis linguale secondaire, persistant un si long temps chez les fumeurs et appelée glossite dépapillante.

Voici ce que guérit le calomel en injections. Son efficacité en revanche me paraît faible ou nulle dans : les syphilis cutanées secondaires, dans les syphilis des muqueuses, les plaques muqueuses, les adénites, les accidents nerveux.

On peut dire que son efficacité est nulle dans l'atrophie papillaire, dans le tabes et la paralysie générale.

J'ai été frappé de la singularité de récidive de la syphilis après une disparition apparente des accidents consécutivement aux injections de calomel. Je ne crois donc pas que le calomel soit, ainsi qu'on semble le dire, un agent exterminateur de la vérole. Il ne faut rien exagérer : c'est sûrement un remède puissant dans certains cas, mais il agit dans l'instant même, son influence s'épuise vite. Il faut donc, comme avec les autres traitements, des cures échelonnées qui sont presque toujours désagréables et douloureuses.

Injections de cyanure de mercure. — M. Abadie. Je crois pour ma part que la méthode des injections se substituera à toute autre méthode de traitement de la syphilis. Les injections guérissent les accidents que ne modifient ni les pilules, ni le sirop de Gibert. Les reproches que l'on fait aux injections mercurielles peuvent être adressés à toutes les injections sous-cutanées. Cela tient à la technique et non au mercure. Von Siemsen, de Munich, a traité l'adénie par des injections d'arsenic et s'il a obtenu d'heureux succès, il a eu les mêmes inconvénients que nous avons avec les injections mercurielles dans la syphylis.

Il faut donc simplifier la technique. Les complications de la méthode tiennent soit aux solutions employées, soit à l'outillage nécessaire. En outre, il me semble préférable de répéter les injections en les faisant avec une dose moindre : on évite ainsi en partie la douleur. J'emploie actuellement la solution suivante :

Cyanure d'hydrargyre.	50	centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.	50	—
Eau distillée	50	grammes.

En l'injectant dans le tissu cellulaire et faisant suivre d'un léger massage.

Je ne dirai qu'un mot des injections mercurielles intraveineuses; elles me semblent le traitement idéal chez les malades ayant un réseau veineux sous-cutané très développé et des accidents réputés incurables par d'autres méthodes; tels : certaines surdités syphilitiques, la chorio-rétinite grave, la syphilis médullaire, la syphilis sénile.

Je crois, en résumé, à l'efficacité de la méthode par injections, je crois qu'il est nécessaire de la vulgariser en la mettant à la portée de tous.

Injections de calomel. — MM. Scarenzio et **Rey** rappellent l'origine de la méthode, c'est-à-dire comment l'emploi du calomel s'est substitué à celui du sublimé. Le calomel n'ayant pas d'action irritante immédiate et étant insoluble dans l'eau, au contact des chlorures alcalins du sang, se transforme en sublimé, lequel, à l'état naissant, serait livré par absorption à la circulation. Les auteurs concluent que pour l'application de la méthode, tous les malades ne sont pas identiques et, se trouvant dans des conditions particulières, doivent présenter des indications particulières.

Injections d'huile bi-odurée. — M. de Lavarenne (Voir *Presse Médicale*, même numéro, p. LXXXV.).

La méthode des injections mercurielles. — M. Barthélemy. L'auteur passe en revue la méthode des injections qu'il étudie depuis de longues années. Il a d'abord expérimenté les injections solubles : il donne la préférence à l'huile bi-iodurée, la plus active et la mieux tolérée. Ensuite, il a employé les injections insolubles et en dernier lieu le calomel.

Pour la technique, la méthode employée par M. Barthélemy n'est autre que celle signalée par M. Feulard. Méthode qui était en usage depuis longtemps à Saint-Lazare lorsque M. Feulard y est venu.

Les indications des injections de calomel se résument en ceci : les appliquer dans tous les cas de syphilis graves ou résistant aux traitements habituels lorsqu'on est dans le doute sur la nature d'une lésion, dans la grossesse, dans la syphilis conceptionnelle.

Il ne faut pas du reste appliquer la méthode au hasard. Il faut tâter la tolérance individuelle, se rappeler qu'à côté du terrain, il y a de la graine. Les accidents imputables aux injections mercurielles ne sont pas plus fréquents qu'avec les injections créosotées ou autres. Le Dr Tarnowski a signalé de petites embolies pulmonaires se traduisant par une série de petites quintes de toux sèche, pour ma part je n'ai point vu ces accidents. En somme, la méthode est utile dans les syphilis ignorées ou douteuses, voire même dans la syphilis secondaire.

Statistique comparée des injections et autres traitements. — M. Verchère. D'après une statistique portant sur 217 malades traités soit par les pilules ou les frictions, 153 cas, soit par les injections, 64 cas, j'en arrive aux mêmes conclusions que M. Portalier. Je relèverai simplement, dans cette statistique, la fréquence des stomatites qui a été à peu près la même dans les deux modes de traitement : 9 pour 100 pour la méthode habituelle, 8 pour 100 par les injections, et encore les malades avaient, pour la plupart, pris auparavant des pilules.

Traitement de la syphilis au dispensaire municipal de la ville d'Alger. — MM. A. Rey et L. Julien (d'Alger). Durant l'année 1895, nous avons continué l'*emploi exclusif des injections interstitielles de sels mercuriaux insolubles* chez les femmes atteintes d'accidents syphilitiques primitifs, secondaires ou tardifs, graves ou légers.

Pour 61 malades, nous avons fait 170 injections d'oxyde jaune, 79 de calomel, soit 249. Comme accidents, nous n'avons à signaler qu'une légère poussée ptyalique et un abcès à pus chocolat; presque jamais de douleurs; en quittant l'hôpital, la plupart des malades demandent à être autorisées par faveur à venir se faire piquer à jour fixe.

C'est dans un but d'expérience que nous avons employé l'oxyde jaune, et nous avons pu constater que s'il dispense à peu près des nodosités, ce sel procure une disparition beaucoup plus lente des accidents; nous avons vu des poussées sévères résister à l'oxyde jaune et progresser même, pour disparaître dès la substitution du calomel, et s'arrêter sur place par un nivellement rapide des désordres cutanés. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu de recourir à l'oxyde jaune, et que l'emploi du calomel s'impose.

Nous préférons comme excipient l'eau gommeuse pure; nous avons écarté la cocaïne qui, rarement utile, entraînait parfois dans la marche un engourdissement pénible et prolongé. La quantité de sel que nous injectons dépasse rarement 5 à 7 centigrammes, tous les 2 septenaires.

A l'appui de ces conclusions, nous citerons le cas d'une femme envoyée dans le service le 18 Mai 1895, pour un chancre mixte (inocul. posit.). Le 6 Août, apparition de papules papulo-squameuses à marche excentrique. Effet nul de 7 injections d'oxyde jaune. Le 5 Novembre, injection de 5 centimètres de calomel; marche des accidents enrayée cinq ou six jours après la première piqûre; guérison à peu près complète en un mois, avec 3 piqûres.

Discussion.

M. Hallopeau résume ainsi qu'il suit ses conclusions : les injections hypodermiques de sels solubles doivent être définitivement abandonnées car elles sont trop douloureuses pour que l'on puisse en pratiquer à doses suffisantes; il serait dangereux d'employer la cocaïne pour atténuer cette douleur; les injections hypodermiques d'huile grise sont peu dangereuses si l'on s'en tient à des doses modérées; on peut leur reprocher de ne pas permettre de graduer journellement la dose du médicament; elles doivent être réservées aux services hospitaliers, dans lesquels il est nécessaire d'assurer l'administration du médicament, et aux sujets qui ne peuvent se traiter chez eux; les injections de calomel ont le grave inconvénient d'être souvent très douloureuses; ce fait doit suffire à les faire rejeter de la pratique courante; elles doivent être réservées aux cas dans lesquels une intervention énergique et immédiate est indiquée, ainsi qu'aux manifestations rebelles de la syphilis; elles peuvent être alors efficaces alors que les autres moyens ont échoué; la réciproque est vraie; on devra essayer de les remplacer par des frictions sus-pubiennes qui sont particulièrement actives; ces injections, alors même qu'elles sont pratiquées avec les précautions les plus minutieuses, peuvent donner lieu à des abcès; les nodosités consécutives aux injections de sels insolubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestations ultérieures de la maladie.

M. Galezowski pense qu'il faut traiter les syphilis oculaires longtemps et combiner les traitements successifs par les injections et les frictions, car là où les premières ne réussissent pas, les secondes sont souvent efficaces. Il proteste contre les injections intra-veineuses.

M. Abadie. Les craintes relatives à l'intoxication par la cocaïne ne sont pas fondées. M. Fournier voudrait restreindre les indications de la méthode. On ne peut jamais savoir si une syphilis sera grave ou bénigne.

M. Gastou. Les abcès aseptiques consécutifs aux injections semblent être dus : 1° d'une part à la brièveté de longueur des aiguilles; 2° au reflux de l'injection par le trajet canaliculaire tracé par l'aiguille.

Il se produit dans ce dernier cas de véritables abcès intra-canaliculaires. Leur mode de développement semble être en rapport avec la disposition anatomique de la région fessière. D'injections pratiquées sur le cadavre, il semble qu'on puisse diviser les sujets en : émaciés, adipeux et musclés.

La longueur de l'aiguille doit forcément varier avec chaque variété de sujets. En outre, plus le malade est maigre, moins il a de muscles, plus facile sera le reflux de l'injection. Si le reflux ne se fait pas, il y a simple nodus, si le reflux a lieu dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, il se produit une tuméfaction en nappe, très douloureuse, si le reflux a lieu dans le trajet de l'aiguille c'est alors l'abcès intra-canaliculaire qui s'ouvre à la peau et reste peu douloureux.

La douleur variable est peut-être en rapport avec le point où se loge l'injection : douleur nulle si l'injection est nettement intrà-musculaire, douleur plus ou moins vive si le calomel se loge dans les espaces cellulo-conjonctifs inter-aponévrotiques.

M. Balzer. Depuis quatre ans que je fais des injections de calomel ou d'huile grise, je n'ai jamais eu d'abcès. Je fais toujours des injections profondes.

M. Besnier. Je ne crois pas qu'il y ait de statistiques analogues, on ne peut se mettre à l'abri des abcès intra-canaliculaires qui sont généralement superficiels.

M. Du Castel. Je crois que la question du milieu où on opère a une importance considérable. A Lourcine, on a des abcès, alors qu'au Midi on n'en a pas.

M. Abadie. Ces abcès ne sont-ils pas toujours d'origine infectieuse.

M. Besnier. Ce n'est pas mon avis, en outrepassant même l'antisepsie, si je puis dire ainsi, on a des abcès.

M. Balzer. Lorsque j'étais à Lourcine, j'avais des abcès, mais je les attribue à ce que j'employais alors une dose trop forte.

M. Besnier. Là n'est pas encore la raison des abcès.

M. Fournier. En effet, le plus souvent, ce sont des abcès aseptiques, de véritables nécroses.

M. Brocq. Je crois qu'on peut éviter en partie la douleur et les abcès par des injections poussées lentement.

M. Besnier. Malgré que l'injection soit lente, vous ne pouvez empêcher que certains malades rejettent l'huile par le trajet de l'aiguille.

M. De Lavarenne. M. Letulle a démontré qu'en injectant du mercure vite on a des abcès, et lentement, non.

Il faut donc injecter lentement. Il ne faut pas non plus retirer l'aiguille trop vite : détruire le parallélisme de la plaie cutanée et du trajet, se servir d'un jeu d'aiguilles graduées et variables selon l'embonpoint du malade et la profondeur à atteindre.

M. Barthélemy. Il est en effet très important de détruire le parallélisme, cela est facile à faire : on retire d'abord légèrement l'aiguille, puis ensuite plus vite.

M. Portalier. Ce qu'il y a de particulier, d'inexplicable, dans ces injections, c'est la tolérance de certains malades. L'un d'eux recevait des injections de la main de son jardinier, lequel enfonçait l'aiguille au hasard, sous la peau; jamais ce malade n'a eu d'abcès.

M. Fournier. On m'a accusé de vouloir restreindre l'usage des injections de calomel, j'en cherche simplement les applications.

Je crois, pour ma part, qu'on ne peut penser guérir la vérole par quelques injections faites dès le début. Il faut la traiter longuement et patiemment. La pratique des injections est bonne pour des cas particuliers, c'est une méthode d'indications spéciales.

M. Brocq. Je crois qu'un praticien aurait bien de la peine à la suite de nos discussions à cette Société, à savoir quelle conduite il doit tenir vis-à-vis de la syphilis. S'il doit faire ou ne pas faire d'injections, à quel moment les commencer, et de quelle façon. Il faudrait nommer une Commission, qui étudierait des questions bien définies, et donnerait des conclusions.

M. Besnier. Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé la question. La discussion reviendra sûrement, nous n'avons fait que poser des jalons, les conclusions viendront en leur moment, et certainement nous n'avons pas perdu notre temps.

Dr Gastou.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

26 Février 1896.

Sur un cas d'ivresse pétrolique. — M. Mabille. La réglementation des raffineries de pétrole a surtout pour objet de prévenir les dangers d'incendie et d'explosion. Dans ce but, on a multiplié les précautions, en réduisant au minimum toutes les manipulations à ciel ouvert. Les ouvriers, par suite, sont peu exposés aux émanations de vapeur de pétrole, et néanmoins, quand ces précautions minutieuses ne sont pas prises, les accidents peuvent se produire. C'est ainsi que le Dr Mabille a pu observer 2 cas d'intoxication, chez des ouvriers employés dans les cales d'un navire pétrolier amarré aux quais du port de La Palice. Les premiers symptômes sont analogues à ceux déterminés par l'alcoolisme aigu : excitation cérébrale, exhubérance de langage suivie de prostration avec amnésie totale, d'où le nom d'ivresse pétrolique donné à cette intoxication. Mais, il existe en outre une forme chronique, observée surtout chez les mineurs du Caucase, et qui est caractérisée par une anémie chronique et progressive.

Les couverts d'alliage, d'étain et d'antimoine au point de vue de l'hygiène alimentaire. — M. Dubrisay. Pendant longtemps, les instruments dits d'étain, étaient constitués par un mélange dans lequel ce métal, relativement cher, entrait pour une très faible part. C'est ainsi que les étains dits *carrières* renferment jusqu'à 80 pour 100 de plomb, et c'est avec cet alliage que l'on confectionnait certains biberons bon marché. A la suite d'une pétition faite par la Chambre syndicale de la plomberie au Conseil municipal, un arrêté établit à 10 pour 100 la teneur maxima en plomb des alliages. Depuis cette époque, les fabricants réussissent à obtenir un alliage renfermant 85 pour 100 d'étain et 15 pour 100 de régul d'antimoine, par suite sans plomb ou tout au moins avec les traces seules de plomb que renferme l'étain ordinaire. Le métal ainsi obtenu dit ferré, aciéré, n'offre plus aucun danger; mais, le laboratoire municipal exécutant à la lettre l'arrêté précédent, voulut faire interdire cet alliage, sous prétexte que sa teneur en étain était inférieure de 5 pour 100 au chiffre légal! et il fallut un nouvel avis du Conseil d'hygiène pour arrêter le zèle intempestif du laboratoire. A la suite d'essais avec cet alliage, on est arrivé également à obtenir la fermeture des boîtes de conserves avec un mastic sans plomb.

Pavillons de diphthéritiques à l'hôpital des Enfants. — M. Bellouet. Sans entrer dans les détails techniques exposés par l'architecte, nous résumerons sa communication, en disant que le but cherché était d'obtenir des *box* d'isolement pour chaque enfant, en utilisant des matériaux imperméables et faciles à désinfecter. Chaque enfant dispose d'un cubage de 29 mètres cubes et chaque lit revient à 2.600 francs, terrain non compris. Citons comme nouveauté dans cette construction, l'emploi du fer cémenté combiné à la brique, permettant d'éviter à la fois et les dangers résultant de la combustibilité du bois, et les dilatations destructives des charpentes de fer ordinaire sous l'influence des variations thermiques. Enfin l'existence d'un espace creux dans les murs, permettant, au besoin, le chauffage par les parois : l'idée chère à M. Trélat.

La protection légale des femmes dans l'industrie, d'après la législation actuelle des différents pays. — M. Napias. La récente communication de M. Pinard au sujet de l'influence exercée sur l'enfant par l'état de santé de la mère, a appelé de nouveau l'attention des hygiénistes sur la situation des femmes enceintes astreintes au travail. M. Napias a résumé les efforts faits pour la protection légale dans tous les pays. Comptant revenir sur ce sujet, si important, et qui doit être traité de nouveau à la Société dans la prochaine séance, nous résumerons, en quelques lignes, le travail de M. Napias.

Depuis dix ans, presque tous les États ont interdit le travail de nuit chez les femmes, nous devons excepter l'Italie, l'Espagne, l'Autriche. La Russie s'est contentée de dire que les femmes ne peuvent être astreintes au travail de nuit.

En ce qui concerne les femmes-mères, la loi française est encore muette à ce sujet, alors que l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Allemagne exigent un repos variant de trois à six semaines après les couches. La Suisse, plus avancée encore, accorde un repos de huit semaines, repos commençant dans le dernier mois de la grossesse.

C'est sur ce dernier point que la discussion s'engage. On conçoit, en effet, la difficulté de préciser le moment où le repos doit commencer, et la Société a remis cette question à l'ordre du jour de la prochaine séance, après une discussion parlementaire entre les deux collègues députés Trélat et Bron, représentant deux tendances opposées : le premier comptant sur l'initiative individuelle, pour assurer par des dispositions spéciales les secours nécessaires aux femmes condamnées au repos et, par suite, à la perte de leur salaire, le second invoquant l'État-providence.

Les questions d'hygiène sont toujours des questions sociales et la prochaine séance nous promet des discussions vives et intéressantes, entre les partisans de la liberté et de l'initiative individuelle et ceux du socialisme d'État.

P. Langlois.

BIBLIOGRAPHIE

L. Félix Henneguy. — *Leçons sur la cellule* (morphologie et reproduction) faites au Collège de France pendant le semestre d'hiver 1893-1894. 1 fort vol. in-8° jésus, de XX-544 pages, avec 362 figures noires et en couleurs, Prix : relié 24 francs (Georges Carré, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethreux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la **viande crue**, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent **vaincre** leur **répugnance** pour les aliments, aux **Phtisiques**, aux **Anémiques**, aux **Cancéreux**, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, **22, rue Jules-César, Paris** ET PHARMACIES.

STATION CLIMATERIQUE

DE VERNET-LES-BAINS

(PYRÉNÉES-ORIENTALES)

SANATORIUM DU CANIGOU

Pour les maladies de poitrine

Dirigé par le Dr CH. SABOURIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

EXIGER LA MARQUE. **Paris, 3, Boul[t] St-Martin.**

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

ANALYSES LABORATOIRE D'ANALYSE MÉDICALE **G. MERCIER**, Pharmacien-Chimiste, *158, R. St-Jacques.*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de **JACQUEMAIRE**

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de **CHAUX**, de **SOUDE** ou de **FER** (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE. PHTISIE, ANÉMIE. Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à **VILLEFRANCHE** (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol

Marque **"GRIFFON"**

Antiseptique interne et externe

à tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.

L'AIROL est un cicatrisant des plaies.

L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.

L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

L'AIROL

Nouveau succédané de l'Iodoforme

FABRIQUÉ PAR

HOFFMANN, TRAUB et Cie, de Bâle (Suisse)

vient d'être expérimenté avec succès dans le

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

VENTE EN GROS : **MM. HERRMANN et BARRIÈRE**

152, rue Saint-Antoine, PARIS

FER QUEVENNE Seul Fer réduit approuvé par l'*ACADEMIE de MEDECINE* 14, r. Beaux-Arts, Paris. — une expérience de **50 ANNÉES** a confirmé sa supériorité — *Poudre Dragées Pastilles*

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE

LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.